

様式第2号

第 号

年 月 日

在宅レスパイト承認（不承認）通知書

様

茨城県知事

年 月 日付けで申請のあった在宅レスパイトについて、次のとおり承認（不承認）としたので通知します。

在宅レスパイト 予定期間		年 月 日 時 分 から 時 分 まで		
対象患者	氏 名	生年月日		
	住 所			
申請者	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先			
訪問看護事業者				
施設の所在地				
不承認の場合 その理由				